

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	4372800716		
法人名	有限会社 せせらぎ		
事業所名	グループホーム せせらぎ		
所在地	熊本県上益城郡甲佐町白旗986		
自己評価作成日	令和1年10月16日	評価結果市町村受理日	令和元年12月22日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人ワークショップ「いふ」
所在地	熊本県熊本市中央区水前寺6丁目41-5
訪問調査日	令和1年10月29日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

朝の申し送り、ミーティング、各種研修会等を通して、ご利用者の為に出来る事を日々考えている所です。ご本人やご家族の思いや希望に合わせて、最期の時を迎えるまで出来る限り支えて行けたらと思います。重度の方も多くなり、ご家族や病院と密に連携を図りながら、職員含めみんなでチームとしてケアを考えています。農山村の風景を縁側を通してみる事ができ、室内外の環境を通じて季節を感じる事が出来る場所でもあります。運営推進会議や日頃の関係を通して、地域や行政の方々とも連携を図っている所です。地域福祉の拠点として発信していける様に地域の事に参加して、交流を図る事を大事にしています。今後も皆さんからのご意見を頂きながら、精進していきたいと思っています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

古民家を改修したホームは利用者にとって我が家のように落ち着ける場所である。地域住民も知人や友人宅を訪問するように気軽に訪問し、利用者と職員の豊かな日常に触れ、ホームや利用者に対する理解を深めている。ホームの理念に「利用者の思いに応えるために自己研鑽に努める」ことを掲げ、法人内に多様な研修の機会がある。また、外部研修も積極的に参加し、職員は自己研鑽に励んでいる。管理者が日々得る新しい知見をその都度職員に提供し、意識の向上を図っている。ホームは地域との交流を積極的にすすめ、オレンジ通信の発行やオレンジカフェ・認知症ケアに関する研修などを開催し、地域福祉のリーダーの役割を果たしている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	毎週月曜日の理念の唱和。日頃のケアにおける理念に反ったケアの振り返り、社内研修においても地域密着型サービスについての理解を深めている。気をつけていることや感じていることなどを伝え合い、確認し実践している。	理念の文言を玄関に掲示し、毎週月曜日に唱和して管理者と職員が理念の共有を図っている。新人研修で理念について説明し、職員の理解を促している。利用者をケアする中で「なぜ?」と思った際は、全職員で理念に添ったケアであるかを振り返り、理念の実践につなげている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	日頃の挨拶、回覧版、地区の区役、老人会、地域の旅行(看護師同行の要望あり)に出席し、せせらぎの近況報告をしている。餅つき等のイベントの手伝いも来てもらいながら交流している。	利用者が地域の老人会や旅行に参加したり、地域住民がホームのイベントに参加し交流している。交流を重ねるごとに地域住民にとっても将来を見据えた場所として自然に認識が深まっているように伺えた。地域住民が野菜を届けてくれるなど日常的な交流も見られた。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の老人会で認知症についての講話(月1回程度)、敬老会の介護劇、オレンジ通信(甲佐町の依頼)の作成、認知症予防の体操やレク等を実施している。認知症サポーター養成講座やオレンジカフェを通じて、地域に向けた発信と交流を行っている		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	地域の方に来て頂き、利用者の心身の状況、入退所の利用者等、現状の生活状況について報告を実施し、苦情、ひやりはっと、事故報告においても漏れなく伝えてご意見を頂いている	運営推進会議は地域住民・行政・家族・職員(交代)が参加して開催。利用者の状況や活動、研修の実施などを報告し、意見交換を行っている。委員からの意見や提案は運営に反映し、その経過や結果を次の会議で報告している。	多様な意見交換の会議となるよう期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	運営推進会議における活動内容についての報告、提出書類等がある際の確認、認定調査等にでの利用者に関する詳細な情報の伝達等、出来る限り協力関係を築ける様にしている。	町職員が運営推進会議に毎回参加し、ホームの活動内容を理解している。町からの依頼で月一回発行している「オレンジ通信」で認知症に関する情報を発信している。法人は認知症ケアに関する研修やオレンジカフェに取り組むなど協力関係を築いている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束禁止事項についてのマニュアルの整備及び毎月の管理者会議報告における日頃のケアについての現場での振り返りを実施している。法人内外の研修においては、職員を交代で参加させ資料の回覧及び報告を行っている	毎月、事業所内の身体拘束禁止の状況を振り返り、拘束しない意識づけを行っている。不適切な言葉使いは職員一人ひとりが自分の事として受け止めるよう、全職員で事例検討している。研修を繰り返し、身体拘束禁止の意識の浸透を図り、拘束をしないケアに取り組んでいる。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	不適切なケアの場面から日頃のケアの見直しにおいて意見交換を行い、ミーティングや申し送りを通じて改善していくように進めている。虐待防止も資料の回覧をし、職員向けにもストレスマネジメントの研修を行っている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	管理者やリーダー向けの権利擁護に関する研修への参加を推奨し、事例を事業所の中で検討する事により不適切なケアからの見直しを行っていく体制作りしている。研修内容も事業所内で報告をし、日頃から見つめなおす意識の徹底を行っている		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	利用契約及びケアプランの説明と同意は原則とし、利用者ご家族の利用の要望等は適宜確認している。同意後も意見収集を行い、サービス利用において疑義の生じないように配慮している。大きな変更の際はご家族に集まって頂き説明をしている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	ケアプランの更新等における説明と同意の場面で、サービス利用における要望がないかは適宜確認している。日頃の面会でも要望や不安に思う事や気になる事は毎回確認している。年2回の家族会でも家族同士の情報共有を図り、信頼関係に繋げている。	ケアプランの話し合い・面会時・家族会などで家族の意見・要望を聞き取る機会がある。運営に関する意見提案は今のところないが、利用者個々に関する意見・提案が寄せられている。意見・提案をケアプラン作成やマニュアルの見直しに反映している。毎月、利用者の担当職員が利用者の暮らしぶりや健康状態など詳細に報告し、家族の安心につなげている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月の事業所内ミーティングに限らず、申し送りの場面や労務内において職員との話の中から意見を収集している。適宜面談等にてリーダーが代わりに意見を収集した場合においても、管理者に伝達して対応できるように配慮している。	ミーティングや申し送りのほか、日常業務内での話し合いがあり、全職員で意見を出し合っている。研修内容には、職員が勉強したいことや興味があることを取り入れ、年間の研修計画を策定している。職員は利用者のためにいるという意識を持って、家庭的な温かみのある介護を実践している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	処遇改善加算の取得と同時に役務を明確にし、労務や仕事への取り組みを評価給で拠出している。有給取得を推進し、リフレッシュ休暇の取得や労務条件は個別に調整している。職員の向上心は様々で、ニーズを適宜確認しながら対応している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	日頃のケアは指導が適宜行われている。法人内外の研修は、地域密着型サービス、グループホーム協会、法人内の助成金研修等、各種研修会ならびにリーダーやサブになる可能性のある職員に対して将来を見据えた研修計画企画及び実施している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	各種団体の事務局も兼ねており、法人外研修は職員に参加を促し参加交流を勧めている。各種ブロック会もある為、研修内容に応じて管理者以外の職員の参加も勧めたり、実習施設の受け入れ先でもある為、実習生との交流の機会もある。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	アセスメントを取る初回の時点から、ご本人に対しても困っている事があれば伝えてもらうように促し24時間シートを利用して状態把握に努めている。ご本人が初めての環境に早い段階で慣れる様に職員全員で環境調整を行い、関係確保に努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	ご本人からの要望を取得すると同時に、ご家族の思いも話しやすい環境を設定して尋ねている。その上で、ご家族としても協力できる事があるのかを確認し、サービス事業者の一方向的な提供にならないように配慮している		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	法人内における各種サービスで調整できるものについては、必要と判断した場合は情報提供を行っている。条件を満たしておらずグループホーム入居が難しい場合には同法人の居宅介護支援事業所を紹介し、他のサービスに円滑に結びつく様に配慮している		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	せせらぎは同じ建物空間と一緒に過ごしており、大家族が同じ屋根の下で生活している意識を持っている。馴染みの方の面会や利用者が職員の話の聞いたりして、職員は支援者でありながら利用者の事を人生の先輩として頼っている場面も見られている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	日頃からもご家族に対して職員は面会を進めており、極力ご家族と利用者の時間になる様に配慮している。食事介助やドライブなど、ご家族が可能なことを依頼し、ご家族と一緒に過ごせる時間を大事にしてもらう様に日頃から伝えている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	日頃会わないご家族(ご夫婦)が、イベントを通じて顔を付き合わせる機会を確保し、それぞれの方に対してもその場面の写真をプレゼントしてまた面会したくなるように取り組んでいる。地域の有識者を通じて、利用者の知り合いがいなか依頼している。	運営推進会議の委員に利用者の友人知人の紹介を依頼したり、利用者が面会者の記憶をたどり易いよう、また面会者に面会に来て良かったと感じてもらえるよう、職員が間を取り持ち、なじみの人との関係継続に努めている。友人の面会をきっかけにつながりができ、友人知人の面会が増えている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士で、一緒にして過ごしてもらう様に配慮している。お互いの肩をもんだり、話し相手になって利用者同士が素敵な時間を共有している場面も見られている。但し、一人の環境を好む方もおられる為、状況に合わせた対応を行っている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退所になる利用者のご家族とは時々連絡を取り、現状の確認をしている。各種理由により退所になったご利用者のご家族についても気軽に立ち寄れる様に伝えている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	会話出来る方はどのように暮らしたいか直接確認し、重度の利用者はお元気な頃の主訴とご家族の意向等を加味しながら要望について総合的に判断している。ミーティングではひもときシート等を使用して、ご本人の思いに沿える様努めている。	利用者の要望をできる限りかなえるために、コスモスの花が見たいと言われれば外出して見に行く、お寿司が食べたい時は寿司屋に出かけられないなら買って来て食べる、外国に行きたい人には写真を用意して海外気分を味わうなど、日々工夫と努力を重ねている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	ご本人がグループホームに入ってから生活の継続が出来る事を前提とし、混乱期から落ち着くまでの支援において、ご本人にとって安心出来るものを準備したり、なじみのものや暮らし方を尊重してケアに当たっている		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	介護記録はご本人の状態に合わせて使い分けをしている。医療的な確認が必要な方については、医療機関との連携を図りやすい記録を使用し、状態が安定している利用者については暮らし方やご本人の主訴等が詳しく記録できるシートを採用している		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご本人及びご家族からのご意見は新規入居の時点から適宜確認をしており、日頃の面会等においてご家族からのご要望があった場合は申し送りノートで共有できる様に体制作りをしている。それらの情報は更新時における計画作成において必ず参考になっている	モニタリングとアセスメントに全職員が参加し、計画作成担当者がまとめている。ミーティングや申し送り、日常業務内に時間を見つけて、全職員がそれぞれ異なった視点から詳細な情報を持ち寄り、介護計画に反映している。家族の意見は面会時・電話・手紙等で聴取し、意見を反映した利用者にとって有益なプランとなっている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	介護記録には適宜記録して残しているが、申し送りや職員関連携用ノートへ情報量が多い場合は記載して共有できる様にしている		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	グループホームの共用型になる認知症生活支援センターや介護保険サービス以外でふれあいホーム事業の併設、入院が長い場合には短期入所のサービスの利用を勧めている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域住民のつながりを大切にして、福祉協力員、民生委員、区長等へ運営推進会議等を通じて利用者への支援が可能な方を探したり、リハビリと連携しながら現在の生活が維持向上できる様にも努めている		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	かかりつけの医師との連携を大切にし、将来的なご本人の状態変化も踏まえ往診対応を進めている(往診がない病院は受診)。それに伴い、せせらぎの利用者に対する姿勢や考え方などについては担当医へ伝え、ご理解を得られる様に努めている	かかりつけ医は利用者・家族の希望に沿った医療機関で、利用者の病状に応じて2週間・4週間の往診で対応している。重度の場合は往診以外に電話で適時報告し、緊密な連携を図っている。かかりつけ医は電話で24時間対応しており、職員は指示を仰いでいる。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	医療的知識については看護職から介護職に対して日頃から指導管理を実施している。介護職も利用者の急変等における対応など看護職と連携を図りやすいように日頃から連携体制については意見交換を行い安心して相談できる環境がある。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院が長引いてしまった場合における認知症の進行と生活機能の改善が遅くなってしまうことを踏まえ、退院時の受け入れを早期にできる様に面会時に状態等を確認し病院と情報の共有を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所ですることができることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居契約を締結する際の説明は、看取り指針を元に看取りの考え方についてご家族に説明している。看取り時も、ご家族の不安を適宜確認しながら一緒に行っている。運営推進会議で行政や地域住民に対して看取りをしている事を伝え情報の共有を図っている。	看取りをする方針であり、入居時に利用者・家族に看取りの指針に基づいて説明している。職員は出勤時と退勤時に利用者の部屋を訪ねており、安心につながっている。職員は今何ができると自らに問いかけ、日頃から今この瞬間のケアを大切に考えている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	応急処置等についてはマニュアルの整備及び情報の共有を行っている。救急対応については毎年実施していないが、避難訓練時に緊急対応の振り返りを実施したり、看護職が介護職向けに医療的処置や急変時の対応について資料を提供したり適宜指導している。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	非常災害時のマニュアルの整備と共に事業所ない回覧を行い情報共有を行っている。避難訓練については地域の方にも参加を呼びかけ一緒に実施している。防災については運営推進会議等を通じて情報の伝達および意見交換を実施している	夜間を想定した避難訓練に地域住民も参加して実施している。地域住民に、利用者が庭に避難した際の見守りを依頼したいと考えている。ホームが最も危惧する災害は水害であり、避難の際は高台にある系列の施設を避難先としている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	利用者を人生の経験者として声かけすると共に、ご本人のその時の機嫌等を加味しながら、できるだけ意思を尊重しながらケアを実施している。	一人ひとりに丁寧に関わることを大切にしている。職員の態度や言葉使いから利用者を尊重していることが感じ取れた。利用者が理解しやすいよう方言も使用するが、敬意が欠けることのないよう、また語尾を上げて口調が強くないよう注意している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	洋服を選んでもらう、行きたい場所で過ごしてもらい、したいと思ったときにまず見守って何をしたいかを把握しできるだけその瞬間の思いを尊重して支援している。重度の利用者は返答がない為、ご本人が喜びそうな事や物を想像しながら働きかけている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	ご本人のその時の体調を鑑み、どこで過ごしたいか選択肢を常に選んでもらえるようなこえかけをしている。食事の時間も利用者によって調整しており、決まった時間に食べるという意識にとらわれないようにしている		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	極力衣服はきれいな状態を維持し、その日着たいものかどうかは選択肢をもって選んでもらっている。サイズ等は職員で把握して、ご本人が気持ちよく着ることができる様に調整を行っている。化粧をしていた方はご本人に声かけして、してもらっている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者後との好みやアレルギー等にも配慮しつつ、食事を準備している。野菜の皮むき、食器の片付けや簡単な調理等をその時の利用者の気分や体調等に配慮しながら一緒に行っている。一緒に食事をして、何を食べたいか等会話しながら楽しく過ごしている。必要な情報は適宜調理担当者へも伝えて、食事に活かしてもらっている。	食事はできるだけ利用者の嗜好に応えるよう努めている。トウモロコシごはん・栗ご飯・梅ジャムなど旬の食材を使った料理を提供している。ウッドデッキでおやつや焼きサンマなど、趣を変えた食事を楽しむ支援もある。食事は利用者のペースにあわせた時間に、好きな場所で職員と会話しながら食べることができる。その風景は家庭的な温かさが感じられた。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事や水分摂取状況は利用者に応じて記録する事としている。食事形態についても時々状況に応じて配慮し、その時々で好きなものが飲めるように飲み物は数種類が常時準備されている。食事に対しての栄養が不足している方は栄養補助食品をしようしたり、カロリーが高い物を優先して提供している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	ご自分で出来る方は声かけし、重度の方はスポンジを使用して口腔ケアを実施している。夕食後は出来ているが、朝と昼は全員は出来ていない。口腔内の状態確認が必要な方は訪問歯科に入ってもらい、適宜指導を受けている。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	トイレが利用できる方については極力私用してもらって排泄支援を行っている。自分でなかなか行かない方についてもご本人の排泄のペースを考え、ご本人にあった時間に声かけて促している。	利用者は全般に重度化が進んでいるが、可能な限りトイレ使用を心掛けている。利用者の状態に合わせ適切な排泄用品を検討し、排泄の自立に取り組んでいる。夜間はポータブルトイレを使用する利用者もある。個々の利用者の排泄について他の利用者前で話題にしないなど、プライバシーに配慮している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘を解消するために午前のおやつはバナナヨーグルトを作って提供している。必要な利用者にはミルミル等の摂取や乳製品の摂取や水分の多めの摂取等を排泄の日数に併せて行っている。便秘気味の方については、乳製品の個人購入をお願いし、摂取してもらっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者の状態に応じて入浴回数を決め、ご本人が入りたいと要望がある場合は体力の消耗等を鑑みながら判断している。血圧変動が激しい方についてはその時のタイミングによるが、ご本人にその時に必ず入浴の意思を確認している	入浴の時間と回数は自由であり、基本的に随時入浴できる。機械浴を導入し安心安全な入浴を心掛けている。入浴に気が進まない利用者には声掛けや誘導を工夫して、スムーズな入浴につなげている。晩白柚・橙湯など季節のお風呂と、入浴後の選べる水分補給用の飲み物も利用者の楽しみである。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	就寝前においては室内環境を整え、照明度を下げたり、音が静かな環境にする。利用者によっては眠気がなく寝る時間が遅くなることもあるが、あまり急がず様子を見ながら声かけする。不安な方はマッサージをしたりして安眠を促せるよう対応している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	内服薬の過剰な使用に注意し、行動障害等が落ちてきた場合においては精神科からの薬は医師と相談しながら適宜調整するようにしている。薬の変更があった際は申し送りシート等を通じて周知している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	洗濯物干し、洗濯たたみ、調理全般、食器洗い、掃除(掃除機や雑巾等)等の生活リハビリを中心に生活機能向上を目的とした役割を持ってもらい、訪問リハビリと連携したリハビリテーションの実施や動作法による精神的安定を図る取り組みをしている		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	外出の頻度はご家族が連れていく場合もあるが、全ての利用者が出来ているわけではない。重度の利用者が増えており、利用者を一様に外出するという目的は難しい状況になってきているが、外出させたいという意識は持っている。	利用者の重度化に伴い、みんなでお花見などに出かける機会は減っている。職員と一緒に回覧板を届ける・近隣の散歩・ウッドデッキや縁側での日光浴・漬物づくりなどで外気に触れることを増やし、気分転換を図る工夫に努めている。家族の協力により買い物やドライブなどの個別の対応も見られた。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	事業所で金銭管理を行っているが、個人の預かり金がある事を伝えた上で買いたいものや必要な物を購入する事もある。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話はご本人からの要望がある場合に話してもらう事はあるが、難聴の方も多く機会は少ない。ご家族が面会に来られる事の方が多い上、毎月の手紙でご本人の気持ちを伝えたり変化が生じた際にも適宜連絡してやり取りしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節の草花を配置し、室内においても立ち止まって季節を感じることができる様に配慮している。新聞紙や雑誌、昔の本などをテーブルに配置し、好きなときに手にとって読むことができる様にしており、縁側では有線放送で音楽を聴くことができる環境にしている	室内の随所に季節の花がさりげなく活けられており心を和ませる。リビングのテーブルに新聞や雑誌が置かれ、新しい情報に触れる暮らしが感じられた。職員と一緒に料理の準備をしている利用者、洗濯物を干している人、好きな場所で職員と談笑したり、一人静かに過ごしたりと自由に過ごしている様子が伺えた。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共用空間でも利用者同士干渉しないようにテーブルや椅子の向きに日々注意している。利用者同士で組み合わせがよい場合は2人がけのソファーを利用したり、腰が痛くならないように使用する椅子は適宜数種類から選ぶようにしている。居室、リビング、和室、広縁をご利用者の状況に合わせて使用している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご本人のなじみのものを入居後後家族に依頼して持ってきてもらい、見て楽しめるような配置にしている。ご家族との写真や昔の写真等は眺められるように設置し、ご本人の動線の邪魔にならないような家具の配置にしている。	ベッドのみホームの備え付けで、それ以外はなじみのいすやテーブル・タンスなどを利用者・家族が持ち込んでいる。ベッドの部屋や畳の部屋など個々の利用者が過ごしやすいつくりとなっている。新しい時代の到来を告げる令和の書がある部屋、たくさんの洋服をかけている人などその人らしい部屋となっていた。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	這って移動する利用者が危険にならないように廊下から居間までの動線を確保したり、文字が読める方が迷わないようにトイレの表示をしている。車椅子の利用者でも外に出ることができるように中庭のテラスはフラットになっており、掃除しながら環境調整を合わせて行っている。		